

Fecha: _____

Información Confidencial Del Paciente

Nombre del Paciente: _____				
Apellido		Primero	Medio	
Dirección de Casa: _____				
Calle		Cuidad	Estado	ZIP
Seguro Social #:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil	Numero de Casa: _____	
Si el Paciente es Menor de Edad, de Nombre de los Padres: _____			Numero de Celular: _____	
Dentista de Paciente: _____			Numero de Dentista: _____	
Fecha de Última Visita: _____			¿A quién podemos agradecer por remitiría a nuestra oficina? _____	
¿Hemos tratado a otros miembros de la familia en nuestra oficina? _____			Nombres: _____	

Información de la Parte Financieramente Responsable

Principal Responsable: _____					Relación con el Paciente: _____				
Apellido		Primero	Medio						
Dirección de Casa: _____									
Calle		Cuidad	Estado	ZIP					
Numero de Celular: _____	Numero de Casa: _____		Numero de Trabajo: _____						
Seguro Social #: _____	Fecha de Nacimiento: _____		Estado Civil: _____						
Empleador: _____		Nombre de Esposo: _____							
Secundaria Responsable: _____					Relación con el Paciente: _____				
Apellido		Primero	Medio						
Dirección de Casa: _____									
Calle		Cuidad	Estado	ZIP					
Numero de Celular: _____	Numero de Casa: _____		Numero de Trabajo: _____						
Seguro Social #: _____	Fecha de Nacimiento: _____		Estado Civil: _____						
Empleador: _____		Nombre de Esposo: _____							

Información de seguro dental

Nombre del titular de la póliza: _____			Fecha de Nacimiento: _____			Seguro Social #:					
Apellido		Primero	Medio								
Dirección del titular de la póliza: _____											
Calle		Cuidad	Estado	ZIP							
Numero de casa: _____		Numero de Celular: _____		Relación con el Paciente: _____							
Compañía de Seguros: _____			ID / Plan # _____								
Dirección del seguro: _____			Número de teléfono del seguro _____								
Calle		Cuidad	Estado	ZIP							
Empleador del titular de la póliza: _____			Grupo # _____								
¿Tiene cobertura dual? NO SI			En caso afirmativo:								
Nombre del titular de la póliza: _____			Fecha de Nacimiento: _____			Seguro Social #:					
Apellido		Primero	Medio								
Dirección del titular de la póliza: _____											
Calle		Cuidad	Estado	ZIP							
Numero de casa: _____		Numero de Celular: _____		Relación con el Paciente: _____							
Compañía de Seguros: _____			ID / Plan # _____								
Dirección del seguro: _____			Número de teléfono del seguro _____								
Calle		Cuidad	Estado	ZIP							
Empleador del titular de la póliza: _____			Grupo # _____								
Firma de la Parte Responsable: _____											

Información de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección de Casa: _____

Número de Teléfono: _____

Información Médica

¿El paciente está bajo el cuidado de un médico por una afección específica o toma algún medicamento? Por favor enumere las drogas: _____

¿Ha estado el paciente bajo el cuidado de un médico durante los últimos dos años? SI NO Por favor enumere: _____

COMPRUEBE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES POR LOS QUE SE HA TRATADO AL PACIENTE

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas endocrinos |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Compromiso renal | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Trastornos óseos | <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Afectación hepática |

Enumere cualquier otra enfermedad grave y operaciones no mencionadas anteriormente: _____

Enumere cualquier alergia o sensibilidad a los medicamentos: _____

¿El paciente ha tenido alguna reacción alérgica al látex? SI NO

¿Se han eliminado las amígdalas y el adenoides? SI NO (En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____)

SI

NO

Historia Dental

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez el paciente se chupó el pulgar o el dedo? ¿Hasta qué edad? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El paciente respira predominantemente por la boca? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El paciente aprieta o rechina los dientes (por la noche)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El paciente tiene dolor y estallidos al mover la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido informado de la falta de dientes permanentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido informado de algún diente extra? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna consulta o tratamiento de ortodoncia previa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es adoptado el paciente? ¿A qué edad? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguno de los padres ha recibido tratamiento de ortodoncia? |

Principales preocupaciones o comentarios
